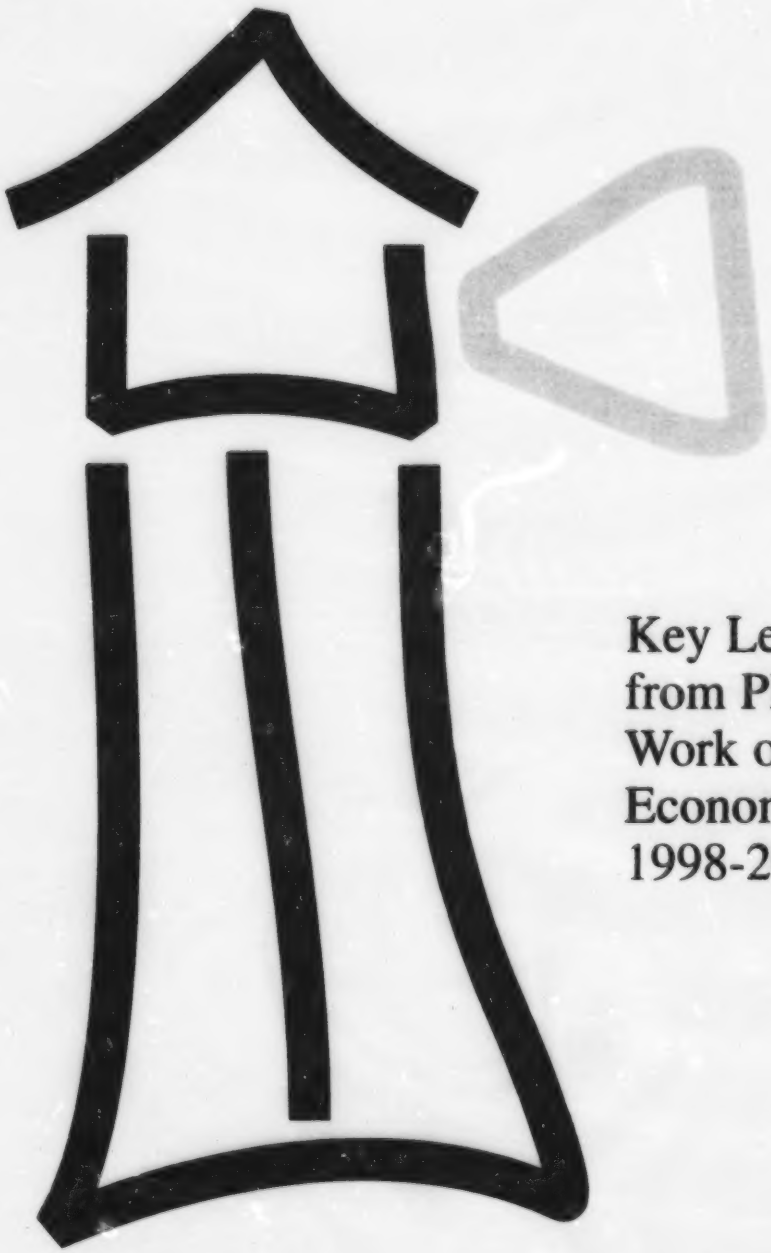
Population and Public Health Branch

Atlantic Region



Key Learning Two from PPHB Atlantic's Work on Social and Economic Inclusion 1998-2000

Health Canada

Canada

Key Learning Two
from PPHB Atlantic's Work
on Social and Economic Inclusion 1998-2000

Population and Public Health Branch
Atlantic Regional Office
Health Canada

January 2001

Également disponible en français sous le titre :
Apprentissage clé numéro deux tiré du travail de la DGSPSP, région de l'Atlantique sur l'intégration sociale et économique, 1998-2000

Contents may not be reproduced for commercial purposes, but any other reproduction, with acknowledgements, is encouraged. Please credit the source as follows:
Key Learning Two from PPHB Atlantic's Work on Social and Economic Inclusion, 1998-2000. 2001.
Produced by the Population and Public Health Branch, Atlantic Regional Office, Health Canada.

For more information contact:
Atlantic Regional Office
Population and Public Health Branch
Health Canada
1802 - 1505 Barrington Street
Halifax NS B3J 3Y6
Tel: (902) 426-2700
Fax: (902) 426-9689
Email: pphatlantic-spspatlantique@hc-sc.gc.ca
Web site: www.pph-atlantic.ca

©HER MAJESTY THE QUEEN IN RIGHT OF CANADA (2001)
as represented by the Minister of Health.

TABLE OF CONTENTS

THE INITIAL PROCESS FOLLOWING THE 1998 THINK-TANK 1

THE SHARED LEARNING PROCESS LED BY THE MARITIME CENTRE OF EXCELLENCE FOR WOMEN'S HEALTH (MCEWH) 4

HOW PPHB ATLANTIC HAS DEEPENED ITS UNDERSTANDING OF THE CONCEPTS OF SOCIAL AND ECONOMIC INCLUSION 8

NEXT STEPS 12

APPENDIX A: KEY LEARNING FROM HPPB ATLANTIC'S WORK ON CHILD POVERTY, 1997-1998 13

THE INITIAL PROCESS FOLLOWING THE 1998 THINK-TANK

In the late 1990s, the Atlantic Regional Office of Health Canada's Health Promotion and Programs Branch (HPPB)[1] adopted the concepts of social and economic inclusion as an overarching goal. This, the second set of learning from the work, is presented as a chronology of activity since the Think-Tank on Child Poverty, which was convened in Halifax in 1998. Appendix A (the first set of key learning) documents HPPB Atlantic's work on child poverty leading up and including the Think-Tank, and provides a backdrop to this paper.

Following the 1998 Think-Tank, participants recommended that HPPB should promote the concepts of social and economic inclusion. A two-step approach was recommended to continue this process. In the first component, preparatory work would be completed within each province prior to the second component, a regional symposium on social and economic inclusion. The goal of the symposium would be to discuss how to influence policy makers.

In August and November 1998, HPPB convened two meetings of provincial and community colleagues to work to develop a process that would culminate in the regional symposium. The Maritime Centre of Excellence for Women's Health (MCEWH) was asked to attend and to act as a secretariat for the process. The topic of the symposium would be either the social and economic inclusion of women, children and their communities in Atlantic Canada, or the impacts of such exclusion on the region's women, children and communities. However, there was no consensus among members of the planning group that a symposium of government and community-based policy makers would be possible.

Representatives were invited to attend these two meetings based on their participation or that of their organizations at the Think-Tank. (Think-Tank participants had been drawn from government departments and community groups that worked with HPPB on children's issues.) At the outset, the group struggled with questions of accountability: Did participants represent their organizations and departments? To whom were they accountable? Or, did they come to the table as individuals and were they thus accountable only to themselves?

We learned that the government representatives were indeed accountable to their departments, and that at times they all felt uneasy about their active participation. Some community participants saw their role as representing their organizations, as being accountable to their boards; other community participants felt they had been invited for their expertise and were at the table as individuals. The question arose: Can we develop a process, given such different levels of accountability? Initially, it proved to be very difficult. There was a tendency to use the meetings as a forum to continue debates that were current

---

[1] On July 1, 2000, the Health Promotion and Programs Branch (HPPB) of Health Canada became the Population and Public Health Branch (PPHB) as part of the reorganization of Health Canada.

among participants but not central to the process at hand. The result was that the process became untenable for some of the participants – both government and community.

An issue that was the source of some conflict was the need for ongoing support for community capacity building. Community representatives saw capacity building as essentially a community-owned process that should be adequately resourced by all levels of government. These resources would come through programs and partnerships at the community level. Many of the government representatives present, however, lacked access to such programs or resources.

HPPB assumed that the goal for this process would be policy development – an assumption that was not shared by all participants, especially those whose responsibility it was to work with and/or manage mandated programs. Action at the community level requires the development of healthy public policies to ensure that all citizens have an opportunity to participate fully in society. Not all participants were comfortable at the policy level.

Key Learning 1

Building trust takes time, commitment and shared learning.

These difficult meetings demonstrated the need for participants to get to know one another and to share an understanding of the concepts and analysis of exclusion/inclusion. Participation in a joint planning process is more challenging than participation in a one-time Think-Tank; the levels of trust required are markedly increased when groups and individuals attempt to work together. HPPB had led a process that assumed that participants were ready to work together regardless of past and current working relationships, stress, tensions and organizational mandates. This assumption proved a barrier to our understanding of the time and resources required for the process. The process has taken two years, not the two months we had envisioned.

Key Learning 2

Intersectoral work between government departments and community-based organizations requires clarity on the goal of the shared work.

The meetings taught us that the *goal* of our shared work was to influence the development of healthy public policies that support inclusion. The planning group was not equipped to respond to the immediate needs of individuals or to provide resources for capacity building at the level of individual communities. If our work was policy development the question then became: Who should and would be willing to participate in this process?

Key Learning 3

Stability of commitment and resources is essential.

HPPB Atlantic worked though a very difficult process and remained committed to the objectives of the Think-Tank. Human and financial resources had been committed and would continue to be committed to this work. HPPB also agreed to put limited resources towards the work over the next three years to continue the process. This helped build and maintain a level of trust in the process.

Key Learning 4

The analysis of social and economic exclusion/inclusion was integrated into the overall work of HPPB Atlantic.

The promotion of social and economic inclusion became an important goal of the Atlantic Regional Office of HPPB. Staff shared-learning opportunities were developed and the analysis became part of the work-planning processes. The question was really whether or not social and economic inclusion could lead to better health. Deepening staff understanding of equity, justice and the impact of the social gradient on health status has become a goal of the Atlantic office.

THE SHARED LEARNING PROCESS LED BY THE MARITIME CENTRE OF EXCELLENCE FOR WOMEN'S HEALTH (MCEWH)

Following the second meeting in November 1998, participants realized that there was no mutual agreement among the community groups and the four provincial governments that they should continue with a process leading to a regional symposium on social and economic exclusion/inclusion. Within each province, however, there was consensus about a shared learning process. Work would still be focussed on the Atlantic region, but with the understanding that each province needed to develop its own set of relationships and processes. These provincial processes would be the building blocks of knowledge that could inform policy. It would be done through synthesis papers related to social inclusion/ exclusion.

HPPB developed activities on two fronts:

a) It initiated a trust-building process that brought community and government representatives together to continue the work. This was achieved though a contract with the MCEWH to build a "trustful" partnership to continue the work. MCEWH contacted all the Think-Tank participants as well as other key informants from government, community and academia. Those contacted were briefed and asked for their commitment to work both provincially and regionally to develop the infrastructure to support the work.

b) A process was implemented that enabled groups within each province to produce synthesis papers. The project was funded through the Population Health Fund, and MCEWH coordinated and led the work. Provincial Reference Groups of community and government participants were set up; their collective work was a set of synthesis papers and case studies. Staff from HPPB worked extensively with MCEWH and the Reference Groups on both these activities. In March 2000, members of the provincial groups came together for a regional workshop to share what they had learned and to plan the next steps.

Key Learning 5

Working through an "honest" broker is essential.

HPPB Atlantic stepped back from the coordination role because the MCEWH proved to be an excellent broker. The Centre was seen as having a key mandate in both the health of women, their children and communities, as well as in the development of healthy public policies that promote inclusion. The leadership of the Centre also recognized the importance of keeping HPPB involved as both process participant and funder. There was sufficient trust between MCEWH and HPPB Atlantic to work together closely on the project. This was important, as there were some stressful moments.

Key Learning 6

It is important to find participants who are open to the analysis provided by social and economic exclusion/inclusion, and interested in applying it to forwarding their own work.

Key to the success of partnership building was the ability to involve those who found this analysis central to their work. The MCEWH looked beyond the traditional partners of HPPB Atlantic to attract interest and participation from a broader pool of expertise. As government and community participants shared an understanding of these concepts, opportunities for action became apparent. Ownership of any actions remained with the community and government partners. For example, the government partners involved with the Newfoundland Strategic Social Planning (SSP) Unit recognized the expertise brought to the Reference Group by the community partners. The paper produced by this Reference Group concentrated on developing models of community participation in decision making, and has been used extensively by the SSP Unit, who will establish Inclusion Committees in each of the six regions in Newfoundland.

The converse was also true. When there was no shared understanding of the benefit of these concepts, it was difficult for the participants to move into action areas.

Key Learning 7

Finding areas of shared understanding is necessary.

Shared understanding was a foundation for the development of trustful relationships, but shared understanding of the concepts took time. In New Brunswick and Newfoundland, existing partnership processes had built trust between the government and community participants. The concepts of social and economic inclusion added to the shared analysis that had been established within these groups. In the provinces of Prince Edward Island and Nova Scotia, time was needed to find a common understanding of the concepts and priorities for action. This process proved to be very difficult. Finally, it became apparent that action needed to centre on the issues of community/government partnerships; the two provinces subsequently developed a joint synthesis paper addressing community and government collaboration.

Key Learning 8

It is important to capitalize on opportunities that enable the concepts of social and economic exclusion/inclusion to inform policy.

The Reference Groups in New Brunswick and Newfoundland both used already established community/government dialogues as opportunities to promote the concepts of social and economic inclusion. In New Brunswick, this work meshed well with the community consultation process initiated by the government of the day to develop progressive social planning. The community and government representatives had other positive experiences of working together. In Newfoundland, the concepts were helpful to the SSP Unit.

As a result, the processes followed in these provinces have enabled the concepts of social and economic exclusion/inclusion to inform larger policy mechanisms, and have built on the trust quotient within the groups. In the early stages of development of the New Brunswick Reference Group, there was a provincial election and the government changed. This required a change in tactics for the group, which had built enough trust between community and government representatives that they were able to see new opportunities for carrying the work forward.

Key Learning 9

Opportunities for informing "up" in organizational hierarchies must be created. The higher "up" the leadership, the more profound the opportunities for change.

In summer 2000, PPHB[2] contracted historian Janet Guildford to research the origins of the concepts of social and economic exclusion/inclusion. In her paper, *Making the Case for Social and Economic Inclusion,* Guildford underscores the importance of high-level leadership and the need for the senior management of government to have the capacity to facilitate broad-based changes in public policy. This finding was consistent with Michael Rachlis' work on intersectoral collaboration.

[2] On July 1, 2000, the Health Promotion and Programs Branch (HPPB) of Health Canada became the Population and Public Health Branch (PPHB) as part of the reorganization of Health Canada. The Branch will be now be referred to as PPHB.

Key Learning 10

Participants should be empowered to take these concepts to the highest levels they can access within their organizations/governments.

Many participants in this project have explored ways to promote the concepts of social and economic inclusion within their organizations. The project has facilitated this by providing participants with the tools they need to "get the message up and out" to those who influence policy; and by looking for opportunities to work with other colleagues across organizations and/or government departments. An example of this is the ability of Reference Group members to talk to one another. The regional workshop organized by the MCEWH enabled representatives from four provincial governments to meet and learn from one another. The same was true for community representatives. The MCEWH and PPHB Atlantic also benefitted. They have taken the analysis to other policy fora across the region and nationally.

HOW PPHB ATLANTIC HAS DEEPENED ITS UNDERSTANDING OF THE CONCEPTS OF SOCIAL AND ECONOMIC INCLUSION.

The population health approach adopted by Health Canada in 1994 has enabled PPHB Atlantic to take a "big picture" look at the determinants of health. This capacity to look broadly at the positive and negative impacts of the determinants of health has deepened our understanding of the barriers that face many of our citizens. The emerging analysis of social and economic exclusion fits with the mandate and has informed the ways in which we do our work.

PPHB Atlantic has engaged in a number of activities that have promoted a deeper understanding of the concepts of social and economic exclusion/inclusion within the Regional Office. Activities have included staff updates on the work and an all-staff learning day with presentations from Dennis Raphael, Ron Coleman and Cathy Wright. The theme of social and economic exclusion has been central to our last two annual all-staff meetings. We are preparing a strategic planning process for the integration of these concepts within the context of our work. In 1998, our Regional Director, Kathy Coffin, began an informal collection of resources on social and economic exclusion/inclusion. The areas covered include poverty and deprivation, equity and justice, social and economic gradient analysis, and a body of knowledge on social exclusion from scholars from the Europe Economic Community. A selection of these resources, along with the synthesis papers from the Atlantic Reference Groups, has been compiled into two educational binders. These binders have been sent to all six regional directors of PPHB, to the Atlantic Regional Director General (RDG) of Health Canada and to the Assistant Deputy Minister of PPHB. The RDG has been briefed, and PPHB is looking for other opportunities to brief key policy makers in the Branch.

Key Learning 11

These concepts have had a profound impact on the work of PPHB Atlantic and its partners.

The analysis offered by the concepts of social and economic inclusion/exclusion has provided an overarching philosophy for the work of PPHB Atlantic and has been intergrated into the regional objectives of the Branch. Social and economic exclusion names the problem, and inclusion informs the solutions. In much the same way, this analysis has shaped the overarching philosophy of the MCEWH. Social and economic exclusion/inclusion has become a central theme for the Centre's work. The concepts have informed the development of the SSP Unit in Newfoundland. The Unit is in the process of forming Inclusion Committees in each of its seven regions. The concepts have had impacts on many community organizations, and have deepened their analysis of the real issues with which they work every day.

Key Learning 12

Adoption of the Population Health Framework by Health Canada and the provincial departments of health has enabled Health Canada to take a lead role in the promotion of an understanding of the concepts of social and economic exclusion.

In 1997 and 1998 we began our journey of understanding of the concepts of social and economic inclusion. At the same time, we were in the midst of integrating the work of health promotion within the Population Health Framework. Three major areas within this Framework have enabled us to work on these concepts: the determinants of health analysis, intersectoral ways of working and healthy public policy development as an outcome.

Key Learning 13

Not only do we need to understand the 12 determinants of health, social and economic exclusion/inclusion also requires that we look at the *interplay* among the determinants of health, and over the entire life cycle.

An individual's experience of exclusion can be seen though the interplay among the determinants of health. Each linkage deepens the experience of exclusion, and over the entire life cycle, the depth of exclusion is reinforced. This can also be seen through family and community analysis. The linking of low access to resources, low social status, low levels of education and healthy child development, high levels of racial intolerance and unemployment, fragmented social networks, and limited access to health services, especially the 25% of services that are not publicly funded,[3] deepens the exclusion. The determinants of health give PPHB a starting point for the analysis.

Key Learning 14

Complex problems require complex solutions. Intersectoral action is required to address the systemic nature of these exclusions.

The outputs, both positive and negative, from all sectors of society become the inputs of the health care system. For example, labour practices, environmental regulations, education and training policies, tax laws and housing standards can all affect the health status of individuals and communities.

---

[3] National Forum on Health, *The Public and Private Financing of Canada's Health System*, Health Canada, Ottawa, 1996.

Key Learning 15

Population health is the outcome of the collective public policies of a society.

It all ends up with health. Policies that do not take health outputs into consideration become inputs into health systems. An obvious example is labour law. Labour laws that do not value the individual will produce health system inputs similar to those operating in the 19th century – and the crippling diseases of the industrial era. Policies that regulate safety standards routinely balance production costs against human safety costs. When human safety is ignored, accidents happen and the health care system picks up the pieces.

Key Learning 16

Social and economic exclusion is expensive for all members of society. Analysis of the inequities of the social and economic gradients gives compelling evidence to those who are charged with managing the country's resources.

Two recent PPHB Atlantic documents, *Chasing the Wave* and *Shifting Sands,* speak of the future impacts on society if we continue to marginalize large groups of our youth and seniors in Atlantic Canada. Ron Coleman, Dennis Raphael and Monica Townsend are not alone in their analysis of the costs of social and economic inequities. Others in Canada (e.g., Fraser Mustard, Sholom Glouberman and Trevor Hancock) see the interplay among the social and economic determinants. In Europe, there is an emerging, comprehensive analysis of social exclusion. In the United States, leaders in the fight for social justice have made the same key connections:

- The impacts of exclusion are felt by those who are excluded, predominately the poor. The more profound the exclusion – that is, the more ways in which an individual or community experiences multiple exclusions – the more devastating the impacts.
- Policies and programs that focus on the impacts of exclusion can benefit individuals and communities. They do not, however, create the systemic change necessary to arrest the effects of exclusion on other individuals or communities.
- The solution to exclusion is inclusion. Responsibility for the solution rests with society. Only mainstream society has the capacity to share that inclusion and to develop the mechanisms that remove barriers to inclusion. The onus remains with society and governments, not with those who experience exclusion.

Key Learning 17

Health Canada, through PPHB, is in a unique position to take a leadership role in promoting the social and economic inclusion of all citizens, especially women, their children and communities.

The role of Health Canada is not only to develop programs that address specific determinants. Health Canada must also develop and promote partnerships, inform partners of the analysis of social and economic inclusion and play the role of catalyst in the development of healthy public policies. The spirit of inclusion needs to become part of public policies at all levels of government. This has happened with the work on healthy child development that Health Canada has pioneered through the Community Action Program for Children and the Canada Prenatal Nutrition Program.

NEXT STEPS

PPHB Atlantic has identified five strategic directions to further the work on social and economic inclusion:

1. Development of a new project through the MCEWH called "The Just Society." This project will take the materials developed by the Reference Groups, including the popular education piece, and work within each province to develop new community and government partnerships that will form the basis for participation at a regional symposium on social and economic inclusion to be held in the fall of 2001.

2. PPHB Atlantic will continue to deepen its understanding of social and economic inclusion and to integrate the analysis into the work of PPHB. This will be done in part though a strategic planning process that will ensure that these concepts are integrated in all work plans. PPHB Atlantic staff will explore the relationship between social and economic inclusion and Health Canada's regional priorities for 2001 and beyond, Health Canada's Wellness Framework, and the direction taken by PPHB at the national level.

3. PPHB Atlantic will continue to find ways of informing up in order to broaden Health Canada's commitment to social and economic inclusion. PPHB Atlantic will seek opportunities to work with other federal departments and to strengthen our partnerships with the provinces.

4. PPHB Atlantic will continue to build relationships with groups and communities with whom we have traditionally had difficulty in establishing meaningful dialogue. For example, a project called "Finding the Way" will explore how PPHB Atlantic can build a dialogue with the Black communities of Nova Scotia. We also plan to initiate a consultation process for Acadian and francophone groups in Atlantic Canada to explore how they can better access our programs to promote the health of their communities.

5. PPHB Atlantic will continue to strengthen its understanding of the policy development process and to engage communities and governments to work together to promote public polices on social and economic inclusion.

APPENDIX A

KEY LEARNING FROM HPPB ATLANTIC'S WORK ON CHILD POVERTY, 1997-1998

THE PROCESS

In summer 1997, the Health Promotion and Programs Branch of Health Canada, Atlantic Region (HPPB Atlantic) contracted Jan Catano to research the emerging issues facing children aged 6 to 12 and 13 to 19 in the Atlantic region. The research showed that child poverty is a key issue in the lives of many children living in the region. This finding is consistent with many studies and scans that have been undertaken across Canada. Child poverty, or children living in poverty, is an issue that has attained national significance.

In October 1997, Community Health Promotion Network Atlantic was contracted to undertake an environmental scan of initiatives addressing child poverty in the Atlantic region. The scan had two distinct phases. The first phase was to document national and provincial data relating to child poverty in order to create a profile of child poverty in this region. The second part of the scan aimed to identify key individuals, organizations and community groups actively involved in the issues of child poverty – whether through grassroots initiatives, service provision, research or policy development. The scan resulted in a discussion paper on child poverty in the Atlantic region and a database of groups and organizations involved in the issue.

KEY LEARNING FROM THE SCAN PROCESS

Key Learning 1

Defining the issue: How poverty affects children.

The phrase, child poverty, can be construed in a number of ways. It was important to clarify whether we were talking about poor children or about how poverty affects children. At HPPB Atlantic, we were interested in the impacts of poverty on the lives of children – on children who live in poverty. "Poverty" is therefore the noun and "child" the adjective. This was an important first step, as the organizations approached and the documents and policies researched related primarily to poverty. The environmental scan looked for information or initiatives that specifically addressed the impact of poverty on children.

Key Learning 2

Few programs are aimed at the root causes of poverty.

Both governments and non-governmental organizations (NGOs) view child poverty as a pressing issue. Most programs and initiatives, however, are focussed on helping to address the

issues faced by poor children. Very few programs or policies are aimed at the issue of poverty as a root cause of the problems faced by children living in poor families. It became apparent that an analysis framed by the determinants of health would be very useful.

Key Learning 3

Child poverty is an extension of family poverty.

The dependent nature of children clearly indicates that they cannot be held responsible for their social or economic status. Children are poor because their families are poor. Family poverty is an income issue. Child poverty becomes an extension of family poverty. Further, research indicates that families headed by women are more likely to live below the poverty line and, therefore, to be poorer than are families headed by men. Child poverty can be seen as an extension of the poverty of women.

Key Learning 4

The bidirectional nature of poverty.

Poverty is a complex phenomenon, a phenomenon that has profound bidirectional implications for many of the determinants of health, as Jean-Pierre Deschamps describes in his video *Poverty and Health.* For example, people with limited access to income and resources have lower health status, experience more social isolation, and have fewer opportunities for early childhood development programs and indeed for education in general. Conversely, people with lower health status and lower educational levels, who are socially isolated, and who did not have access to early childhood development programs, are more likely to be or to become poor. This relationship challenges the concept of individual choice as a primary factor in economic and social status.

Isolating child poverty from family or women's poverty has the effect of separating the problem – poverty – from its root cause, i.e., a lack of income and resources. This separation of problem and root cause acts as a barrier to finding and implementing strategic actions that will address the issue and reduce the incidence of poverty in all its manifestations, including the impacts of poverty on children.

Following completion of the discussion paper *Child Poverty in the Atlantic Region* and the *Environmental Scan on Initiatives that Address Child Poverty*, 25 persons representing provincial government departments, NGOs and community groups from the region were invited to a two-day Think-Tank.

In designing the Think-Tank, we worked with the understanding that children live in poor families, that poverty is the problem, and that the issue is how poverty affects children and their families. We recognized that poverty has profound impacts that can be understood from a determinants of health perspective. Through a population health approach we could attain a clearer understanding of both the scope of the problem and some of the potential areas where strategic action would be appropriate.

KEY LEARNING FROM THE THINK-TANK

Child poverty is seen as both a social and a political problem. We realized the risk we were taking in bringing together representatives from government departments, NGOs, service agencies and community groups. We recognized that as a regional branch of Health Canada, we could not bring the monetary resources to the table that would fund the provision of services. What we could bring to the table, however, was an understanding of the complexity of poverty and its impacts on the determinants of health. We could also bring togther other sectors who work in this area. We recognized that there was a desire to find ways in which we could collaborate with other participants to increase our level of understanding and develop strategies to influence the development of public policies that would address the root cause of poverty and therefore its impacts on children.

Key Learning 5

Participation of those with a current lived experience.

Representation at the Think-Tank was a major issue for a number of the participants. It is a challenge to get the perfect mix of participants at such an event, and there is always the problem that some invited representatives are unable to attend. The Think-Tank sought to bring together those who work with the issue of poverty and its impact on children. The criteria for selection were based on creating a balance of participants working on different aspects of poverty and representing the four Atlantic provinces. Included in the mix were government representatives, researchers, services providers, those involved in policy development, and front-line workers. We did not invite anyone to represent the recipients of these services because we assumed that the voices of consumers would be reflected through the experience of others. This presumption was a mistake. Those currently living and coping with the impacts of poverty should have been represented at the Think-Tank. We should not have relied on the past lived experience of participants who represented other aspects of this issue. The challenge for us in the future is to foster and encourage these voices to participate in a process that enables them to be heard and enables all participants to collectively move the anti-poverty agenda forward. It should be noted, however, that sometimes such process shortcomings can act as an excuse for lack of engagement in the discussion.

Key Learning 6

Defining poverty as social and economic exclusion.

The Think-Tank process challenged all participants to re-examine the problem – poverty. Poverty was redefined with the understanding that it has profound impacts on many determinants of health. The emerging definition of poverty became "economic and social exclusion." This exclusion remains bidirectional, but it offers a new insight for strategic development. Participants felt that the focus of future work should be on developing mechanisms that foster inclusion.

Key Learning 7

Promoting social and economic inclusion.

Promoting social and economic inclusion builds individual, family and community capacity for resiliency. We need to develop strategies to lower the barriers that exclude individuals, families and communities from society, and strategies to encourage the inclusion in society of all individuals, families and communities. Strategies to promote social and economic inclusion will need to incorporate actions that respond to individual, family and community/societal concerns.

Within the context of responding to social and economic inclusion, the participants of the Think-Tank identified five strategic areas for action:

a) *Responding to basic needs.* There will always be a requirement to meet the basic needs of all people, e.g., adequate housing, nutrition and clothing.

b) *Building individual capacity.* Individual capacity is the basic building block of community capacity.

c) *Working together.* Social and economic inclusion becomes the responsibility of all sectors.

d) *Community development.* Effective action begins at the community level.

e) *Funding and resources.* All sectors need to be involved in funding these initiatives, but there is a fundamental obligation for governments to fund community capacity building.

Key Learning 8

The development of health-promoting public policy is a political process.

The development of strategies and public policies that seek to promote the social and economic inclusion of all citizens is inherently a political process, a process that needs to have buy-in from all sectors – public, private, corporate and community. There is a need for strategies to inform all sectors of the benefits of a society that values the health and well-being of all its citizens.

Key Learning 9

Action at a community level.

This process has informed us that children are located within families; that families, both formal and informal, make up the basic block of social organization; and that families are located within communities. It is at the community level that strategic action needs to be located. Actions at the community level will inform the policy development processes that have implications at a societal level.

NEXT STEPS

The Think-Tank participants recommended that HPPB's actions should centre on the development of public health policies directed at social and economic inclusion. A two-step approach was recommended to continue this process. The first component is the preparatory work to be completed within each province prior to a symposium on social and economic inclusion. The second component is a regional symposium on social and economic inclusion.

We are bringing together representatives from each of the provincial governments and from the NGO community within the Atlantic region to form an advisory committee to develop the parameters of this work. The MCEWH will be the coordinating organization. The first meeting of the advisory committee will be held in Halifax on August 20 and 21, 1998.

Direction générale de la santé de la population et de la santé publique

Région de l'Atlantique

Apprentissage clé numéro deux tiré du travail de la DGSPSP, région de l'Atlantique sur l'intégration social et économique 1998-2000

Santé Canada

Canada

Apprentissage clé numéro deux
tiré du travail de la DGSPSP, région de l'Atlantique
sur l'intégration sociale et économique, 1998-2000

Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Bureau régional de l'Atlantique
Santé Canada

Janvier 2001

Also available in English under the title:
Key Learning Two from PPHB Atlantic's Work on Social and Economic Inclusion 1998-2000

Le contenu du présent document ne peut être reproduit à des fins commerciales. Toutefois, tout autre type de reproduction, sous réserve de la citation des sources, est encouragé. Veuillez citer les sources comme suit :
Apprentissage clé numéro deux tiré du travail de la DGSPSP sur l'intégration sociale et économique, 1998-2000. 2001.
Produit par la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada.

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec le :
Bureau régional de l'Atlantique
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada
1802 - 1505, rue Barrington
Halifax (N.-É.) B3J 3Y6
Tél. : (902) 426-2700
Télec. : (902) 426-9689
Courriel : pphatlantic-spspatlantique@hc-sc.gc.ca
Site Web : www.spsp-atlantique.ca

©SA MAJESTÉ LA REINE AUX DROITS DU CANADA (2001)
telle que représentée par le ministère de la Santé.

TABLE DES MATIÈRES

PROCESSUS INITIAL À LA SUITE DU GROUPE DE RÉFLEXION DE 1998 1

PROCESSUS D'APPRENTISSAGE PARTAGÉ DIRIGÉ PAR LE CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES - RÉGION DES MARITIMES (CESFM) 4

COMMENT LA DGSPSP A APPROFONDI SA COMPRÉHENSION DES CONCEPTS D'INTÉGRATION SOCIALE ET ÉCONOMIQUE 8

ÉTAPES SUIVANTES 12

ANNEXE A : PRINCIPAUX APPRENTISSAGES TIRÉS DU TRAVAIL DE LA DGSPSP SUR LA PAUVRETÉ DES ENFANTS, 1997-1998 13

PROCESSUS INITIAL À LA SUITE DU GROUPE DE RÉFLEXION DE 1998

À la fin des années 1990, le bureau régional de l'Atlantique de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé de Santé Canada (DGPPS)[1] a adopté les concepts d'intégration sociale et économique comme objectif obligatoire. Le second ensemble d'apprentissages tirés de ce travail est présenté sous forme de chronologie depuis la réunion du groupe de réflexion sur la pauvreté des enfants, qui s'est tenue à Halifax, en 1998. L'Annexe A (le premier ensemble d'apprentissages clés) documente le travail de la DGPPS, région de l'Atlantique sur la pauvreté des enfants, travail qui a donné lieu à la création du groupe de réflexion, qui inclut ce groupe et sert de toile de fond au présent document.

À la suite du groupe de réflexion de 1998, les participants ont recommandé que la DGPPS assure la promotion des concepts d'intégration sociale et économique. Une approche en deux volets a été recommandée pour poursuivre ce processus. Le premier volet devait se composer d'un travail préparatoire dans chaque province avant la mise en oeuvre du deuxième volet, à savoir un symposium régional sur l'intégration sociale et économique. Ce symposium viserait à discuter de la façon d'exercer une influence sur les décideurs.

En août et en novembre 1998, la DGPPS a convoqué deux réunions de collègues provinciaux et venant des collectivités pour élaborer un processus qui aboutirait à la tenue du symposium régional. On a demandé à des représentants du CESFM de participer à cet événement et d'assurer les fonctions de secrétariat. Le symposium porterait soit sur l'intégration sociale et économique des femmes, des enfants et des collectivités dans le Canada de l'Atlantique ou sur l'incidence de l'exclusion sociale et économique sur les femmes, les enfants et les collectivités de la région. Cependant, les membres du groupe de planification n'ont pas réussi à convenir qu'il serait possible d'organiser un symposium rassemblant des décideurs du gouvernement et des collectivités.

Les représentants ont été invités à assister à ces deux réunions compte tenu de leur participation ou de celle de leur organisation au groupe de réflexion. (Les participants au groupe de réflexion ont été choisis parmi les ministères du gouvernement et des groupes communautaires qui ont travaillé avec la DGPPS sur des questions concernant les enfants.) Au début, les membres du groupe ont dû régler des questions de responsabilité. Les participants représentaient-ils leur organisation ou leur ministère? De qui relevaient-ils? Ou, au contraire, participaient-ils à ces réunions en tant qu'individus et, à ce titre, n'étaient-ils responsables qu'envers eux-mêmes?

---

[1] Le 1er juillet 2000, la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé (DGPPS) de Santé Canada est devenue la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP), dans le cadre de la réorganisation de Santé Canada.

Nous avons appris que les représentants du gouvernement devaient, en fait, rendre compte à leur ministère et que, de temps en temps, une participation active les mettait mal à l'aise. Certains participants issus de la collectivité se sont perçus comme représentant leur organisation; à ce titre, ils devaient rendre compte au conseil; d'autres participants également issus de la collectivité avaient l'impression d'avoir été invités pour leur expertise et de participer aux débats à titre individuel. La question suivante s'est donc posée : Est-il possible d'élaborer un processus, compte tenu de ces différences de niveau de responsabilité? Initialement, cela a été très difficile. Les participants avaient tendance à utiliser les réunions comme forum pour poursuivre des débats qui avaient lieu entre eux mais qui n'étaient pas essentiels au processus abordé. Il s'en est suivi que le processus est devenu intenable pour certains participants, qui représentaient aussi bien la collectivité que le gouvernement.

La nécessité de développer constamment les moyens d'action communautaires a donné lieu à certains conflits. Pour les représentants des collectivités, le développement des moyens d'action était essentiellement un processus communautaire qui devait bénéficier des ressources adéquates à tous les niveaux de gouvernement. Ces ressources devaient provenir de programmes et de partenariats au niveau communautaire. Nombre des représentants du gouvernement qui étaient présents, toutefois, n'avaient pas accès à ces programmes ou à ces ressources.

La DGPPS a supposé que l'objectif de ce processus était d'élaborer des politiques, postulat qui ne faisait pas l'unanimité, surtout parmi les participants qui travaillaient dans le cadre de programmes autorisés ou qui géraient ces programmes. Prendre des mesures au niveau communautaire exige d'élaborer des politiques gouvernementales saines afin de s'assurer que tous les citoyens sont pleinement intégrés à la société. Tous les participants n'étaient pas à l'aise quand il s'agissait de politique.

Apprentissage clé 1

Il faut du temps, un degré certain d'engagement et un apprentissage partagé pour établir un climat de confiance.

Ces réunions difficiles ont montré aux participants qu'ils devaient apprendre à se connaître et à partager une compréhension commune des concepts et de l'analyse de l'exclusion et de l'intégration. Il est plus délicat de participer à un processus de planification conjoint qu'à un groupe de réflexion ponctuel; il faut parvenir à un degré de confiance bien plus grand lorsque des groupes et des personnes essaient de travailler ensemble. La DGPPS a dirigé un processus dans le cadre duquel on a supposé que les participants étaient prêts à travailler ensemble, quels que soient les mandats organisationnels, les relations de travail passées ou présentes, le stress et les tensions. Cette supposition nous a en fait empêcher de comprendre qu'il nous faudrait du temps et des ressources. Ce processus a pris deux ans, contrairement aux deux mois prévus.

Apprentissage clé 2

Le travail intersectoriel entre des ministères gouvernementaux et des organismes communautaires exige que l'objectif du travail commun soit clair.

Les réunions nous ont appris que l'*objectif* de notre travail commun était d'exercer une influence sur l'élaboration de politiques gouvernementales saines soutenant l'intégration. Le groupe de planification n'était pas équipé pour répondre aux besoins immédiats des personnes, ni pour offrir les ressources nécessaires au développement des moyens d'action des collectivités individuelles. Si notre travail relevait de l'élaboration de politiques, la question devenait alors la suivante : Qui devrait et souhaiterait participer à ce processus?

Apprentissage clé 3

La stabilité de l'engagement et des ressources est essentielle.

La DGPPS, région de l'Atlantique a vécu un processus très difficile et a maintenu son engagement envers les objectifs du groupe de réflexion. Des ressources humaines et financières ont été engagées et continueront de l'être dans le cadre de ce travail. La DGPPS a aussi convenu d'affecter des ressources limitées à cette tâche au cours des trois prochaines années afin de poursuivre le processus, ce qui a contribué à bâtir et à maintenir le niveau de confiance nécessaire.

Apprentissage clé 4

L'analyse de l'exclusion et de l'intégration sociales et économiques a été incorporée au travail d'ensemble de la DGPPS, région de l'Atlantique.

La promotion de l'intégration sociale et économique est devenue un objectif important du bureau régional de l'Atlantique de la DGPPS. Des possibilités d'apprentissage partagé offertes au personnel ont été élaborées et l'analyse est devenue partie intégrante des processus de planification du travail. La question était vraiment de savoir si l'intégration sociale et économique pouvait donner lieu à une meilleure santé. Mieux faire comprendre au personnel les questions d'équité et de justice, et l'incidence de l'évolution sociale sur l'état de santé est devenu l'un des objectifs du bureau régional de l'Atlantique.

PROCESSUS D'APPRENTISSAGE PARTAGÉ DIRIGÉ PAR LE CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES - RÉGION DES MARITIMES (CESFM)

À la suite de la deuxième réunion, en novembre 1998, les participants se sont rendu compte que les groupes communautaires et les quatre gouvernements provinciaux ne réussissaient pas à s'entendre sur le fait de poursuivre ou non un processus qui donnerait lieu à la tenue d'un symposium sur l'exclusion et l'intégration sociales et économiques. Dans chaque province, cependant, un processus d'apprentissage partagé avait fait l'objet d'un consensus. Le travail continuerait de s'articuler autour de la région de l'Atlantique. Mais il était clair que chaque province devait élaborer son propre ensemble de relations et de processus. Ces processus provinciaux constitueraient la pierre angulaire de la création d'un savoir qui permettrait d'élaborer des politiques éclairées, ce qui aurait lieu grâce à des documents de synthèse sur l'intégration et l'exclusion sociales.

La DGPPS a élaboré des activités sur deux fronts :

a) Elle a lancé un processus visant à établir le niveau de confiance nécessaire. Dans ce contexte, on a pu rassembler les représentants des collectivités et du gouvernement pour poursuivre le travail, ce qui a été rendu possible grâce à un contrat avec le CESFM visant à créer un partenariat axé sur la confiance et à poursuivre le travail. Le CESFM a communiqué avec tous les participants au groupe de réflexion ainsi qu'avec d'autres informateurs clés du gouvernement, de la collectivité et du monde universitaire. Les personnes concernées ont été informées et on leur a demandé de s'engager à travailler aussi bien au niveau provincial que régional pour élaborer l'infrastructure qui soutiendrait le travail.

b) Un processus a été mis en oeuvre afin de permettre aux groupes de chaque province de produire des documents de synthèse. Le projet a été financé grâce au Fonds pour la santé de la population et le CESFM a coordonné et dirigé le travail. Des groupes de référence provinciaux composés de participants des collectivités et du gouvernement ont été mis sur pied. Leur travail collectif s'est traduit par la production d'un ensemble de documents de synthèse et d'études de cas. Le personnel de la DGPPS a travaillé très étroitement avec le CESFM et les groupes de référence dans le cadre de ces deux activités. En mars 2000, les membres des groupes provinciaux se sont retrouvés dans le cadre d'un atelier régional afin de mettre en commun ce qu'ils avaient appris et de planifier les étapes suivantes.

Apprentissage clé 5

> **Il est essentiel de travailler par l'entremise d'un intermédiaire « honnête ».**
> La DGPPS, région de l'Atlantique s'est retirée des fonctions de coordination parce que le CESFM faisait un excellent travail. Le Centre était perçu comme ayant un mandat essentiel, aussi bien pour ce qui est de la santé des femmes, de leurs enfants et des collectivités, que de

l'élaboration de politiques gouvernementales saines prônant l'intégration. Dans l'exercice de son leadership, le Centre a aussi tenu compte du fait qu'il était important, pour la DGPPS, d'être intégrée aux activités, aussi bien en tant en tant que participant au processus, que comme bailleur de fonds. Le CESFM et le bureau régional de l'Atlantique de la DGPPS se faisaient suffisamment confiance pour travailler en étroite collaboration sur ce projet, ce qui était important, puisqu'il y a eu quelques moments de tension.

Apprentissage clé 6

Il est important de trouver des participants qui seront ouverts à l'analyse découlant de l'exclusion/inclusion sociales et économiques, et qui sont intéressés en faire l'application dans l'avancement de leur propre travail.

Réussir à faire participer ceux et celles qui trouvaient cette analyse essentielle à leur travail a été la clé de la réussite de ce partenariat. Le CESFM a cherché à attirer des partenaires autres que les habitués du bureau régional de l'Atlantique de la DGPPS afin d'élargir l'horizon et de trouver des participants représentant un bassin plus vaste d'expertise. Puisque les participants de la collectivité et du gouvernement avaient la même vision de ces concepts, des possibilités d'action étaient possibles. La responsabilité de ces actions incombait aux partenaires du gouvernement et des collectivités. Ainsi, les partenaires gouvernementaux qui participaient à l'unité de planification sociale stratégique de Terre-Neuve (unité de PSS) ont reconnu l'expertise que les membres de la collectivité apportaient au groupe de référence. Le document produit par ce groupe de référence se concentrait sur l'élaboration de modèles de participation communautaire au processus de prise de décision et a été grandement utilisés par l'unité de PSS, qui mettra sur pied des comités sur l'intégration dans chacune des six régions de Terre-Neuve.

L'inverse était également vrai. En l'absence de toute vision commune des avantages de ces concepts, il était difficile pour les participants de passer à l'action.

Apprentissage clé 7

Il est nécessaire de trouver des sphères d'entente commune.

La compréhension commune a été essentielle à l'établissement de relations basées sur la confiance, mais il a fallu du temps pour partager la vision des concepts. Au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve, les processus en vigueur liés au partenariat avaient permis de créer un climat de confiance entre le gouvernement et les participants de la collectivité. Les concepts d'intégration sociale et économique se sont surimposés à l'analyse partagée qui avait été établie au sein de ces groupes. À l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse, il a fallu du temps pour parvenir à une compréhension commune des concepts et des priorités en matière d'action. Ce processus a été très difficile. Enfin, il est devenu évident que l'action devait s'articuler autour des partenariats entre la collectivité et le gouvernement; par conséquent, les deux provinces ont élaboré un document de synthèse conjoint sur la collaboration entre la collectivité et le gouvernement.

Apprentissage clé 8

Il est important de saisir les occasions d'utiliser les concepts d'exclusion/inclusion sociales et économiques afin d'influencer les politiques.

Les groupes de référence du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve ont tous deux utilisé le dialogue déjà établi entre la collectivité et le gouvernement pour promouvoir les concepts d'intégration sociale et économique. Au Nouveau-Brunswick, ce travail a trouvé sa place dans le cadre du processus de consultation communautaire lancé par le gouvernement du jour pour élaborer une planification sociale progressive. Les représentants de la collectivité et du gouvernement gardaient aussi de bons souvenirs de collaborations antérieures. À Terre-Neuve, les concepts ont été utiles à l'unité de PSS.

Par conséquent, les processus observés dans ces provinces ont permis d'utiliser les concepts de l'exclusion et de l'intégration sociales et économiques pour servir de base à des mécanismes plus vastes d'élaboration de politiques et se sont appuyés sur le climat de confiance qui régnait dans les groupes. Les premières étapes de la constitution du groupe de référence du Nouveau-Brunswick ont eu lieu sur fond d'élections provinciales. Le gouvernement a changé. Le groupe a donc dû modifier sa stratégie. La confiance entre les représentants de la collectivité et du gouvernement était suffisante pour que les participants soient en mesure de voir de nouvelles possibilités de faire avancer leur travail.

Apprentissage clé 9

Il faut créer des possibilités d'informer les échelons supérieurs de la hiérarchie. Plus le leadership est élevé dans la hiérarchie, plus les possibilités de changement sont profondes.

Au cours de l'été 2000, la DGSPSP[2] a confié à l'historienne Janet Guildford le mandat de faire des recherches sur l'origine des concepts d'exclusion et d'intégration sociales et économiques. Dans le document qu'elle a rédigé, intitulé *« Plaidoyer pour l'inclusion socioéconomique »*, M^me^ Guildford souligne l'importance d'un leadership à un niveau élevé et la nécessité, pour les hauts fonctionnaires du gouvernement, de faciliter de vastes changements en matière de politique gouvernementale. Cette conclusion s'inscrit dans la droite ligne du travail de Michael Rachlis sur la collaboration intersectorielle.

---

[2] Le 1^er^ juillet 2000, la Direction générale de la promotion et des programmes de santé (DGPPS) de Santé Canada est devenue la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP), dans le cadre de la réorganisation de Santé Canada. On parle désormais de la DGSPSP.

Apprentissage clé 10

Les participants devraient être armés afin de pouvoir véhiculer ces concepts jusqu'aux niveaux les plus élevés auxquels ils ont accès au sein de leurs organisations/gouvernements.

Plusieurs participants à ce projet ont exploré des moyens de promouvoir les concepts d'intégration sociale et économique au sein de leur organisation, ce que les démarches suivantes ont facilité :

a) offrir aux participants les outils dont ils ont besoin pour faire passer leur message aux échelons supérieurs et à l'extérieur, d'une part, et le faire entendre à ceux qui exercent une influence sur l'élaboration des politiques, d'autre part et b) chercher des possibilités de travailler avec d'autres collègues au sein d'organisations et de ministères gouvernementaux. Un exemple en est la capacité des membres du groupe de référence de discuter entre eux. L'atelier régional organisé par le CESFM a permis aux représentants des quatre gouvernements provinciaux de se rencontrer et d'apprendre les uns des autres. Il en est allé de même pour les représentants des collectivités, ce dont ont aussi bénéficié le CESFM et la DGSPSP, région de l'Atlantique. L'analyse a été présentée dans le cadre d'autres forums sur la politique à l'échelle régionale et nationale.

COMMENT LA DGSPSP A APPROFONDI SA COMPRÉHENSION DES CONCEPTS D'INTÉGRATION SOCIALE ET ÉCONOMIQUE

L'approche de la santé de la population qu'a adoptée Santé Canada en 1994 a permis à la DGSPSP, région de l'Atlantique d'avoir une vue d'ensemble des déterminants de la santé. Cette vue d'ensemble de l'impact positif et négatif des déterminants de la santé nous a permis de mieux comprendre les obstacles auxquels sont confrontés nombre de citoyens. La nouvelle analyse de l'exclusion sociale et économique s'inscrit dans le cadre du mandat et a éclairé la façon dont nous faisons notre travail.

La DGSPSP, région de l'Atlantique a entrepris un certain nombre d'activités permettant de mieux comprendre les concepts d'exclusion et d'intégration sociales et économiques au sein du bureau régional. On a compté, au nombre des activités, l'information du personnel sur le travail en cours et une journée d'apprentissage complète destinée à tout le personnel, agrémentée des exposés de Dennis Raphael, Ron Coleman et Cathy Wright. Le thème de l'exclusion sociale et économique était le pivot de nos deux dernières réunions annuelles du personnel. Nous sommes en train de préparer un processus de planification stratégique pour incorporer ces concepts à notre travail. En 1998, Kathy Coffin, notre directrice régionale, a commencé la collecte informelle de documents sur l'exclusion et l'intégration sociales et économiques. Les domaines concernés touchent la pauvreté et la privation, l'équité et la justice, l'analyse de la diversité sociale et économique, et un ensemble de connaissances sur l'exclusion sociale provenant d'universitaires de la Communauté économique européenne. Une sélection de ces documents ainsi que les documents de synthèse connexes des groupes de référence de la région de l'Atlantique ont été compilés et rassemblés dans deux reliures sur l'éducation. Ces documents ont été envoyées aux six directeurs régionaux de la DGSPSP, au directeur général régional (DGR) de la région de l'Atlantique de Santé Canada et au sous-ministre adjoint de la DGSPSP. Le DGR a été informé et la DGSPSP est à la recherche d'autres possibilités d'informer les principaux décideurs de la Direction générale.

Apprentissage clé 11

Ces concepts ont une incidence profonde sur le travail de la DGSPSP Atlantique et de ses partenaires.

L'analyse des concepts d'intégration et d'exclusion sociales et économiques jette les bases d'une philosophie incontournable pour le travail de la DGSPSP, région de l'Atlantique et a été incorporée aux objectifs régionaux de la Direction générale. L'exclusion sociale et économique nomme le problème; l'intégration permet de trouver des solutions. De la même façon, cette analyse a façonné la philosophie tout aussi incontournable du CESFM. L'exclusion et l'intégration sociales et économiques sont devenues un thème central autour duquel s'articule le travail du Centre. Les concepts ont contribué à l'élaboration de l'unité de PSS de Terre-Neuve. L'unité est en train de constituer des comités sur l'intégration dans chacune de ses sept régions. Les concepts se sont répercutés sur de nombreux organismes communautaires et leur

ont permis d'approfondir leur analyse des véritables questions qu'ils doivent traiter tous les jours.

Apprentissage clé 12

L'adoption du cadre d'amélioration de la santé de la population par Santé Canada et les ministères régionaux de la Santé a permis à Santé Canada de jouer un rôle de chef de file pour mieux faire comprendre les concepts d'exclusion sociale et économique.
En 1997 et 1998, nous avons commencé notre démarche pour mieux comprendre les concepts d'intégration sociale et économique. Parallèlement, nous étions en train d'incorporer le travail de promotion de la santé au cadre d'amélioration de la santé de la population. Trois principaux domaines, dans les limites de ce cadre, nous ont permis de travailler sur ces concepts : l'analyse des déterminants de la santé; les méthodes de travail intersectorielles et l'élaboration d'une politique gouvernementale saine comme résultat.

Apprentissage clé 13

Il ne s'agit pas uniquement de comprendre les 12 déterminants de la santé. L'exclusion et l'intégration sociales et économiques exigent aussi que nous examinions *l'action réciproque* des déterminants de la santé, et ce, au cours de tout le cycle de vie.
L'expérience d'exclusion d'une personne transparaît dans l'action réciproque des déterminants de la santé. Chaque liaison renforce encore l'expérience d'exclusion et, tout au long du cycle de vie, cette expérience ne fait que s'aggraver. Ce phénomène est aussi mis en lumière par l'analyse familiale et communautaire. Le lien entre un accès limité aux ressources, un statut social inférieur, un faible niveau de scolarité et le développement sain de l'enfant, tout comme un niveau élevé d'intolérance raciale et de chômage, des réseaux sociaux fragmentés et un accès limité aux services de santé, surtout aux 25 p. 100 de services qui ne sont pas financés publiquement[3] sont autant de facteurs qui renforcent encore l'exclusion. Les déterminants de la santé donnent à la DGSPSP un point de départ pour procéder à l'analyse.

Apprentissage clé 14

Les problèmes complexes exigent des solutions complexes. Une action intersectorielle est nécessaire pour aborder le caractère systémique de ces exclusions.
Les extrants, aussi bien positifs que négatifs, provenant de tous les secteurs de la société deviennent les intrants du système de soins de santé. Ainsi, les pratiques de travail, les règlements environnementaux, les politiques en matière d'enseignement et de formation, le droit fiscal et les normes domiciliaires sont autant d'éléments qui peuvent se répercuter sur l'état de santé des personnes et des collectivités.

---

3 Forum national sur la santé, *Le financement public et privé du système de santé du Canada* Ottawa, Santé Canada, 1996.

Apprentissage clé 15

La santé de la population est l'issue des politiques gouvernementales collectives d'une société.

Tout se résume à la santé. Les politiques qui ne tiennent pas compte des extrants en matière de santé deviennent des intrants pour les systèmes de santé. Le droit du travail en est un exemple flagrant. Un droit du travail qui n'accorde aucune valeur à la personne produira des intrants, en matière de systèmes de santé, similaires à ceux du XIX^{e} siècle, ainsi que les maladies invalidantes de l'ère industrielle. Les politiques qui régissent les normes de sécurité équilibrent invariablement coûts de production et coûts de la sécurité humaine. Si l'on ignore la sécurité humaine, des accidents surviennent et le système de soins de santé doit en assumer les conséquences.

Apprentissage clé 16

L'exclusion sociale et économique coûte cher à tous les membres de la société. L'analyse des inégalités en matière de diversité sociale et économique fournit des éléments convaincants aux responsables de la gestion des ressources du pays.

Deux documents récents de la DGSPSP, région de l'Atlantique, *Entraîné par la vague* et *Les sables vivants* abordent l'impact qu'aura la marginalisation de groupes importants de jeunes et de personnes âgées sur la société, dans le Canada atlantique si nous n'endiguons pas ce phénomène. Ron Coleman, Dennis Raphael et Monica Townsend ne sont pas les seuls à analyser les coûts des inégalités sociales et économiques. D'autres au Canada (p. ex., Fraser Mustard, Sholom Glouberman et Trevor Hancock) étudient l'action réciproque des déterminants sociaux et économiques. En Europe, une analyse complète de l'exclusion sociale est en train de voir le jour. Aux États-Unis, les chefs qui se battent pour la justice sociale ont fait les mêmes liens essentiels :

- Ce sont les exclus, surtout les pauvres, qui ressentent l'impact de l'exclusion. Plus l'exclusion est profonde, c'est-à-dire plus les moyens par lesquels une personne ou une collectivité fait l'expérience d'exclusions multiples sont nombreux, plus l'impact est dévastateur.
- Les politiques et les programmes qui mettent l'accent sur l'impact de l'exclusion peuvent servir les personnes et les collectivités. Toutefois, ils ne provoquent pas les changements systémiques nécessaires pour mettre un terme aux effets de l'exclusion sur ces personnes ou ces collectivités.
- La solution à l'exclusion est l'intégration. La responsabilité de la solution incombe à la société. Seul le courant dominant de la société a la capacité de partager l'intégration et d'élaborer les mécanismes qui suppriment les obstacles à l'intégration. La charge en revient à la société et aux gouvernements, et non pas à ceux qui vivent l'exclusion.

Apprentissage clé 17

Santé Canada, par l'entremise de la DGSPSP, occupe une position unique pour jouer un rôle de chef de file en matière de promotion de l'intégration sociale et économique de tous les citoyens, surtout des femmes, de leurs enfants et des collectivités.

Le rôle de Santé Canada ne se résume pas uniquement à élaborer des programmes concernant des déterminants spécifiques. Santé Canada doit aussi constituer des partenariats et en assurer la promotion; informer ses partenaires de l'analyse de l'intégration sociale et économique, et faire office de catalyseur en matière d'élaboration de politiques gouvernementales saines. L'esprit d'intégration doit devenir partie intégrante des politique gouvernementales, à tous les niveaux de gouvernement. C'est d'ailleurs ce qui s'est passé dans le cadre du travail sur le développement sain de l'enfant dont Santé Canada a pris l'initiative novatrice, par l'entremise du Programme d'action communautaire pour les enfants et du Programme canadien de nutrition prénatale.

ÉTAPES SUIVANTES

La DGSPSP, région de l'Atlantique a défini cinq orientations stratégiques pour approfondir le travail sur l'intégration sociale et économique :

1. Mise sur pied d'un nouveau projet par l'entremise du CESFM, intitulé « La Société juste ». Ce projet utilisera les documents élaborés par les groupes de référence, notamment les documents forts recherchés sur l'éducation, ainsi que le travail qui a été fait dans chaque province pour constituer de nouveaux partenariats entre collectivités et gouvernement. Ces partenariats constitueront la base de la participation au symposium régional sur l'intégration sociale et économique, qui devrait avoir lieu à l'automne 2001.

2. La DGSPSP, région de l'Atlantique poursuivra ses efforts en matière d'intégration sociale et économique et incorporera l'analyse à son travail, ce qui se fera, entre autres, par le truchement d'un processus de planification stratégique garantissant que ces concepts feront partie intégrante de tous les plans de travail. Le personnel de la DGSPSP, région de l'Atlantique explorera la relation entre l'intégration sociale et économique, d'une part, et les priorités régionales de Santé Canada pour 2001 et au-delà, le plan d'action pour le mieux-être de Santé Canada et l'orientation de la DGSPSP à l'échelle nationale, d'autre part.

3. La DGSPSP, région de l'Atlantique continuera de trouver les moyens d'informer les échelons supérieurs de la hiérarchie afin d'élargir l'engagement de Santé Canada en matière d'intégration sociale et économique. La DGSPSP, région de l'Atlantique cherchera des possibilités de travailler avec les ministères fédéraux et de renforcer ses partenariats avec les provinces.

4. La DGSPSP, région de l'Atlantique continuera d'établir des relations avec les groupes et les collectivités avec lesquels il a toujours été difficile d'entretenir un dialogue fructueux. Ainsi, le projet « Finding the Way » explorera la façon dont la DGSPSP, région de l'Atlantique peut établir un dialogue avec les collectivités noires de la Nouvelle-Écosse. Nous avons aussi l'intention de lancer un processus de consultation auprès des groupes acadiens et francophones du Canada atlantique afin d'explorer la façon dont ils pourraient bénéficier d'un meilleur accès à nos programmes et promouvoir ainsi la santé dans leurs collectivités.

5. La DGSPSP, région de l'Atlantique poursuivra ses efforts pour mieux comprendre le processus d'élaboration des politiques et inciter les collectivités et les gouvernements à travailler ensemble pour promouvoir les politiques gouvernementales sur l'intégration sociale et économique.

ANNEXE A

PRINCIPAUX APPRENTISSAGES TIRÉS DU TRAVAIL DE LA DGSPSP SUR LA PAUVRETÉ DES ENFANTS, 1997-1998

LE PROCESSUS

Au cours de l'été 1997, la Direction générale de la promotion et des programmes de santé (DGPPS) de Santé Canada, région de l'Atlantique a confié à Jan Catano le mandat de faire des recherches sur les nouveaux problèmes auxquels étaient confrontés les enfants de 6 à 12 ans et de 13 à 19 ans dans la région de l'Atlantique. Selon cette étude, la pauvreté est un problème essentiel dans la vie de nombreux enfants de la région. Cette conclusion s'inscrit dans la droite ligne de nombreuses autres études et analyses réalisées au Canada. La pauvreté des enfants, ou les enfants qui vivent dans la pauvreté, est un problème d'ampleur nationale.

En octobre 1997, on a confié au Community Health Promotion Network Atlantic (« Réseau pour la promotion de la santé communautaire atlantique ») le mandat d'entreprendre une analyse du contexte des initiatives concernant la pauvreté des enfants dans la région de l'Atlantique. Cette analyse se composait de deux volets distincts. Le premier volet consistait à documenter des données nationales et provinciales sur la pauvreté des enfants afin de créer un profil de la pauvreté des enfants dans cette région. Le deuxième volet de l'étude visait à trouver les personnes, les organismes et les groupes communautaires clés qui participaient activement à la résolution du problème de la pauvreté des enfants, qu'il s'agisse d'initiatives locales, de prestation de services, de recherche ou d'élaboration de politiques. Cette analyse a donné lieu à la rédaction d'un document de travail sur la pauvreté des enfants dans la région de l'Atlantique et à la création d'une base de données sur les groupes et les organismes concernés par cette question.

PRINCIPAUX APPRENTISSAGES TIRÉS DU PROCESSUS D'ANALYSE

Apprentissage clé 1

Définir le problème : comment la pauvreté se répercute-t-elle sur les enfants?

On peut interpréter l'expression, pauvreté des enfants, de plusieurs façons. Il était important de préciser si nous parlions d'enfants pauvres ou de la façon dont la pauvreté se répercute sur les enfants. À la DGPPS, région de l'Atlantique, nous nous intéressions à l'impact de la pauvreté sur la vie des enfants, sur les enfants qui vivent dans la pauvreté. « Pauvreté » est par conséquent le nom et « enfants », le complément du nom. Cette première étape était importante du fait que les organismes consultés et les documents et politiques épluchés traitaient avant tout

de la pauvreté. Dans le cadre de l'analyse du contexte, on a examiné l'information ou les initiatives qui traitaient spécifiquement de l'impact de la pauvreté sur les enfants.

Apprentissage clé 2

Peu de programmes examinent les causes profondes de la pauvreté.

Les gouvernements et les organismes non gouvernementales (ONG) voient la pauvreté des enfants comme un problème urgent. La plupart des programmes et des initiatives, toutefois, mettent l'accent sur le fait de traiter le problème auquel sont confrontés les enfants pauvres. Très peu de programmes ou de politiques examinent la pauvreté comme une cause profonde des problèmes auxquels sont confrontés les enfants qui vivent dans des familles pauvres. Il est devenu évident qu'il serait très utile de procéder à une analyse définie par les déterminants de la santé.

Apprentissage clé 3

La pauvreté des enfants est le prolongement de la pauvreté des familles.

La nature dépendante des enfants indique clairement qu'on ne peut les tenir responsables de leur situation sociale ou écononomique. Les enfants sont pauvres parce que leur famille est pauvre. La pauvreté des familles est une question de revenus. La pauvreté des enfants devient un prolongement de la pauvreté des familles. De plus, selon les études, les familles dirigées par des femmes sont plus susceptibles de vivre sous le seuil de la pauvreté et, par conséquent, d'être plus pauvres que les familles dirigées par des hommes. On peut aussi voir la pauvreté des enfants comme un prolongement de la pauvreté des femmes.

Apprentissage clé 4

La pauvreté est bidirectionnelle.

La pauvreté est un phénomène complexe, un phénomène qui a de profondes conséquences bidirectionnelles pour nombre des déterminants de la santé, comme Jean-Pierre Deschamps le décrit dans son vidéo intitulé *« La pauvreté et la santé »*. Ainsi, l'état de santé des personnes dont les revenus et l'accès aux ressources sont limités est moins bon. Ces personnes sont plus isolées socialement et ont moins de possibilités d'avoir accès à des programmes de développement du jeune enfant et d'enseignement, en général. Réciproquement, les personnes dont l'état de santé est moins bon et le niveau de scolarité, inférieur, qui sont isolées socialement et qui n'ont pas eu accès à des programmes de développement du jeune enfant sont plus susceptibles d'être ou de devenir pauvres. Cette relation remet en question le concept de choix personnel comme principal facteur de la situation économique et sociale.

Isoler la pauvreté des enfants de la pauvreté des familles ou des femmes revient à séparer le problème, à savoir, la pauvreté, de ses causes profondes, c'est-à-dire, des ressources et des revenus insuffisants. Cette séparation du problème de ses causes profondes est un obstacle qui nous empêche de trouver et de mettre en oeuvre des mesures stratégiques visant à aborder le problème et à réduire l'incidence de la pauvreté dans toutes ses manifestations, notamment sur les enfants.

Lorsque le document de travail intitulé « *La pauvreté chez les enfants du Canada atlantique* » et « *L'analyse du contexte des initiatives abordant la pauvreté des enfants* » ont été terminés, 25 personnes représentant des ministères gouvernementaux provinciaux, des ONG et des groupes communautaires de la région ont été invitées à participer à un groupe de réflexion de deux jours.

Au cours de la constitution du groupe de réflexion, nous avons travaillé selon les principes suivants : les enfants vivent dans des familles pauvres, la pauvreté est un problème et la question est de savoir comment la pauvreté se répercute sur les enfants et leur famille. Nous savons que la pauvreté a un impact profond que l'on peut comprendre dans la perspective des déterminants de la santé. Une approche de la santé de la population pourrait nous permettre de comprendre clairement la portée du problème ainsi que certains des domaines éventuels où une action stratégique serait pertinente.

APPRENTISSAGE CLÉS TIRÉS DU GROUPE DE RÉFLEXION

La pauvreté des enfants est à la fois un problème social et politique. Nous nous sommes rendu compte du risque que nous prenions en rassemblant des représentants des ministères gouvernementaux, des ONG, des organismes de service et des groupes communautaires. Nous savions que, en tant que Direction générale régionale de Santé Canada, il ne nous était pas possible de rassembler des ressources monétaires suffisantes pour financer la prestation de services. Par contre, nous pouvions apporter une compréhension de la complexité de la pauvreté et de son impact sur les déterminants de la santé. Nous pouvions aussi rassembler d'autres secteurs qui travaillent dans ce domaine. De plus, nous savions qu'il y avait un désir sincère de trouver des moyens de collaborer avec les autres participants afin de mieux comprendre le problème et d'élaborer des stratégies visant à influer sur l'élaboration de politiques gouvernementales qui tiendraient compte de la cause profonde de la pauvreté et, par conséquent, de ses répercussions sur les enfants.

Apprentissage clé 5

Participation de ceux et celles qui ont expérience directe de cette réalité.

La représentation au sein du groupe de réflexion était une question importante pour un certain nombre de participants. C'est un véritable enjeu que d'essayer d'obtenir un échantillon parfait de participants pour ce genre d'événements. Autre problème : certains invités ne peuvent participer. Les responsables du groupe de réflexion souhaitaient rassembler ceux et celles dont les activités professionnelles tournent autour du problème de la pauvreté et de son impact sur les enfants. Les critères de sélection visaient à créer un équilibre et à recruter des participants travaillant sur différents aspects de la pauvreté et représentant les quatre provinces de l'Atlantique. Il y avait donc des représentants du gouvernement, des chercheurs, des fournisseurs de services, des personnes concernées par l'élaboration de politiques et des travailleurs de première ligne. Nous n'avons invité personne pour représenter les bénéficiaires de ces services parce que nous avons supposé que la voix des consommateurs s'exprimerait grâce à l'expérience d'autres participants. Cette hypothèse était une erreur. Les personnes qui

vivent dans la pauvreté et qui doivent faire face à son incidence auraient dû être représentées au sein du groupe de réflexion. Nous n'aurions pas dû nous en remettre à l'expérience directe et passée des participants qui représentaient d'autres aspects de cette question. Le défi, pour nous, à l'avenir, consistera à encourager ces voix à participer à un processus qui leur permettra de se faire entendre et qui permettra à tous les participants, collectivement, de faire avancer le programme de lutte contre la pauvreté. Soulignons toutefois que, parfois, les carences d'un processus peuvent servir d'excuse à la faible participation à la discussion.

Apprentissage clé 6

Définir la pauvreté comme exclusion sociale et économique.

Le processus du groupe de réflexion a poussé les participants à réexaminer le problème : la pauvreté. La pauvreté a été redéfinie et l'on a précisé qu'elle avait une incidence profonde sur de nombreux déterminants de la santé. Il s'agit donc d'un phénomène d'exclusion économique et sociale, selon la nouvelle définition. Cette exclusion reste bidirectionnelle mais elle offre une nouvelle perspective en matière de développement stratégique. Il semblait aux participants que des travaux ultérieurs devraient mettre l'accent sur l'élaboration de mécanismes encourageant l'intégration.

Apprentissage clé 7

Promouvoir l'intégration sociale et économique.

Promouvoir l'intégration sociale et économique permet aux personnes, aux familles et aux collectivités de faire preuve de ressort psychologique. Nous devons élaborer des stratégies afin d'abaisser les barrières qui se traduisent par l'exclusion de certaines personnes, familles et collectivités de la société, et ce, afin d'encourager l'intégration, dans la société, de toutes les personnes, familles et collectivités. Les stratégies de promotion de l'intégration sociale et économique devront inclure des mesures tenant compte des préoccupations communautaires et sociales, d'une part, des personnes et des familles, d'autre part.

Avec pour objectif de traiter l'intégration sociale et économique, les participants au groupe de réflexion ont défini cinq domaines stratégiques qui doivent faire l'objet d'une action concertée :

a) *Répondre aux besoins essentiels.* Il faudra toujours répondre aux besoins essentiels de tous les gens (logement, nutrition et vêtements adéquats).

b) *Mise en valeur du potentiel individuel.* Le potentiel individuel est la pierre angulaire du développement des moyens d'action communautaires.

c) *Travailler ensemble.* L'intégration sociale et économique devient la responsabilité de tous les secteurs.

d) *Développement des collectivités.* Une action efficace commence au niveau communautaire.

e) *Financement et ressources.* Tous les secteurs doivent participer au financement de ces initiatives mais les gouvernements ont l'obligation fondamentale de financer le développement des moyens d'action communautaires.

Apprentissage clé 8

L'élaboration de politiques gouvernementales de promotion de la santé est un processus politique.

L'élaboration de stratégies et de politiques gouvernementales cherchant à promouvoir l'intégration sociale et économique de tous les citoyens est, par nature, un processus politique, un processus dont tous les secteurs doivent convenir, à savoir secteurs public, privé et communautaire, sans oublier les entreprises. Les stratégies doivent permettre d'informer tous les secteurs des avantages d'une société qui accorde une grande valeur à la santé et au bien-être de tous ses citoyens.

Apprentissage clé 9

Action au niveau communautaire.

Ce processus nous a permis de constater que les enfants vivent dans des familles; que les familles, officielles ou non, sont la base de l'organisation sociale et qu'elles s'inscrivent dans des collectivités. C'est au niveau communautaire qu'il faut entreprendre des actions stratégiques. Les actions au niveau communautaire serviront de base aux processus d'élaboration ayant des conséquences au niveau social.

ÉTAPES SUIVANTES

Les participants au groupe de réflexion ont recommandé à la DGSPSP d'axer ses actions sur l'élaboration de politiques gouvernementales de santé visant l'intégration sociale et économique. Une approche en deux volets a été recommandée afin de poursuivre ce processus. Le premier volet est le travail préparatoire que chaque province doit terminer avant la tenue d'un symposium sur l'intégration sociale et économique. Le deuxième volet est un symposium régional sur l'intégration sociale et économique.

Nous rassemblons les représentants de chaque gouvernement provincial et des ONG de la région de l'Atlantique pour constituer un comité consultatif visant à définir les paramètres de ce travail. Le Centre d'excellence pour la santé des femmes - région des Maritimes s'occupera de la coordination. La première réunion du comité consultatif aura lieu à Halifax, les 20 et 21 août 1998.